

受付印

トヨタ紡織健康保険組合 行

決 裁			
常務理事	事務長	係 長	係 員

## 健康保険任意継続被保険者資格喪失申請書(処理票)

◆ ボールペン(フリクション・鉛筆不可)で太枠内全てご記入下さい。

申請者へ被保険者であったものVが記入するところ	被保険者 記号番号	記号	番号	フリガナ 氏 名	生 年 月 日 昭和 平成 令和 年 月 日	性 別 男・女
	住 所	〒 - TEL ( ) -				
	資格喪失 年月日	令和 年 月 日 (※再就職のときは再就職先の健康保険の資格取得日を記入下さい)				
	資格喪失の 原因 (該当番号に チェックして その内容を 記載して下さい)	<input type="checkbox"/> 1. 健康保険の被保険者資格を取得したため (1) 再取得後の健康保険組合名 _____ (2) 再取得後の健康保険記号番号 記号 _____ 番号 _____ (3) 資格取得年月日 令和 年 月 日 _____ <input type="checkbox"/> 2. 被保険者が死亡したため (1) 死亡年月日 令和 年 月 日 _____ <input type="checkbox"/> 3. その他(任意脱退など) (1) 理 由 _____ (2) 資格取得予定年月日 令和 年 月 日 _____				

注 意 事 項	<p>1. この申請書は任意継続被保険者期間(任意継続の資格取得の日から2年間)の中途に、資格喪失の事由が発生したときに当健康保険組合宛に提出いただくものです。</p> <p>2. <u>有効期限内の資格確認書、保険証</u>をお持ちの場合は、被扶養者分含め当健康保険組合に返却願います。(送付のときは「特定記録」または「簡易書留」で送付下さい。)</p> <p>有効期限内の資格確認書、保険証を滅失したときは、「滅失届」を添付願います。</p> <p>※ 「滅失届」は健康保険組合にありますので必要な方は係までご連絡願います。</p> <p>3. 既に納入いただきました保険料の還付があるときは、別途当組合より「還付金請求書」または「返還依頼書」を送付いたしますので、お手続き願います。</p>
------------------	--

個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用いたしません。

☆ 提出経路 : 申請者 → 健保組合

☆ 問合せ先 : 電話 (0566)26-0305 内線 811-3066

R6.12改